

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb MOPR Centrum Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych -
likwidacja barier w komunikowaniu się/ technicznych*
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia PESEL

1. Pacjent wymaga likwidacji barier w komunikowaniu się/ technicznych* ewentualne potrzeby w tym zakresie (wymienić jakie):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

pacjent posiada niedowład obu kończyn dolnych i porusza się na wózku inwalidzkim
pieczętą i podpis lekarza

pacjent nie posiada obu kończyn dolnych i porusza się na wózku inwalidzkim
pieczętą i podpis lekarza

pacjent nie posiada jednej kończyny dolnej i porusza się na wózku inwalidzkim
pieczętą i podpis lekarza

pacjent jest osobą leżącą
pieczętka i podpis lekarza

narządu mowy, w stopniu
pieczętka i podpis lekarza

narządu słuchu, w stopniu
pieczętka i podpis lekarza

narządu wzroku, w stopniu
pieczętka i podpis lekarza

inne schorzenia - opisać jakie :
.....
.....
.....

3. Pacjent posiada umiejętność czytania i pisania (zakreślić właściwe pole):

TAK NIE

Ewentualne uwagi (stopień upośledzenia)
.....
.....

4. Trwale naruszenie sprawności organizmu (zakreślić właściwe pole):

TAK NIE

.....
*pieczętka i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie*